

(第1号様式)

審査欄 (記入不要)

所得税額	
審査結果	
認定番号	

精神障害者入院医療援護金交付申請書

神奈川県知事 殿

年 月 日

郵便番号 □□□-□□□□

申請者住所

氏 名

患者との続柄 () ※1

電話番号

次の者の上記援護金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
また、この申請にあたり審査に必要な個人情報について、県が調査することに同意します。

(ふ り が な)		明・大・昭・平・令
患 者 氏 名		年 月 日生
患 者 住 所		
入 院 先 の 病 院 名 * 県外の場合は、病院 所在地も記入すること		
入 院 年 月 日	年 月 日	
申 請 者 署 名 * 援護金の受領を病院に 委任するための署名欄	入院医療援護金の受領を病院に委任します。 ※2 (病院の代理署名の場合は病院所属・担当職員名を併記すること) 申請者署名 _____	

世帯全員の住民票 と 世帯全員(15 歳以上)の所得税証明書類
を申請書と一緒にご提出ください。

- ※1 申請を行うことが出来る方は、患者本人又は配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫)もしくは成年後見人等に限りです。
- ※2 受領を委任できる病院とできない病院がありますので、不明な場合は病院にご確認ください。

支給を開始する時期は、申請書を提出した月 または その翌月 からとなりますので、
入院後すぐに申請してください。
申請が遅れると、その分 支給金額が減る可能性 があります。

神奈川県入院医療援護金制度を利用される方へ

1 対象となる方 次の条件を全て満たしている方

- ☒ 神奈川県内(横浜市・川崎市・相模原市を除く)に入院患者本人の住所があること
- ☒ 精神科病院もしくは一般病院の併設精神科病棟に現に入院していること(※入院前・退院後は不可)
- ☒ 入院患者・入院患者と同世帯の全員の前年分所得税額合計が 87,000 円以下であること
- ☒ 医療費の自己負担額が月額 10,000 円以上であること(※差額ベッド代を除く)

- 市町村で障害者医療費助成制度(通称マル障)等を利用し、自己負担がない方は対象外です。
(医療費の支払い後、市町村で払い戻しの手続きをされる方も対象外です)
- 健康保険組合によっては、付加給付制度(高額医療費に上乗せして医療費を払い戻してくれる制度)があります。付加給付がある場合は、これを除いた額が自己負担額です。

2 申請できる方

患者本人、配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫)、成年後見人等
成年後見人等に当たる方は証明書等のコピー(3ヶ月以内に証明されたもの)を添付してください。

3 支給金額

月の初日から末日まで入院した場合に、月額 10,000 円を支給いたします。

4 申請方法 申請書と次の書類を提出してください

- ☒ 「世帯全員」の住民票 (単身でも「世帯一部」ではなく「世帯全員」の住民票を取得してください)

続柄 → 記載あり マイナンバー(個人番号) → 記載なし

- ☒ 世帯全員(15 歳以上)分の所得税額を証明する書類
世帯全員(15 歳以上)分の最新年度の書類を提出してください

例 本人(50 歳)⇒必要
 妻(45 歳) ⇒必要
 子(13 歳) ⇒不要

- 確定申告をした方
確定申告書(第一表・第二表)の控えのコピー
- 給与所得・年金所得があり、確定申告をしていない方
給与所得の源泉徴収票のコピー or
公的年金等の源泉徴収票(はがき)のコピー(複数の年金を受給している場合は全てのコピー)
- 所得があるが、上記の書類を提出できない方
住民税の課税証明書(扶養控除額に記載があるもの) or 非課税証明書(発行 3 カ月以内)の写し原本
- 所得がない方
住民税の非課税証明書の写し原本(発行 3 カ月以内)
※被扶養者で、他の書類に扶養等の記載がある場合は、提出は必要ありません。

送付先 〒231-8588 横浜市中区日本大通 1 神奈川県 がん・疾病対策課 精神保健医療グループ
問合せ先 TEL(045)210-1111 内線 4730

(第1号様式)

審査欄 (記入不要)

所得税額	
審査結果	
認定番号	

精神障害者入院医療援護金交付申請書

令和7年 4月10日

神奈川県知事 殿

郵便番号 -

申請者住所 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3

氏 名 神奈川 花子

患者との続柄 (妻) ※1

電話番号 090-xxxxx-xxxxx

次の者の上記援護金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
また、この申請にあたり審査に必要な個人情報について、県が調査することに同意します。

(ふ り が な)	かながわ たろう	明・大(昭)・平・令
患 者 氏 名	神奈川 太郎	48年 9月 3日生
患 者 住 所	神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	
入 院 先 の 病 院 名 * 県外の場合は、病院 所在地も記入すること	〇〇病院	
入 院 年 月 日	令和7年 4月 5日	
申 請 者 署 名 * 援護金の受領を病院に 委任するための署名欄	入院医療援護金の受領を病院に委任します。※2 (病院の代理署名の場合は病院所属・担当職員名を併記すること) 申請者署名 神奈川 花子	

世帯全員の住民票 と 世帯全員(15歳以上)の所得税証明書類
を申請書と一緒にご提出ください。

- ※1 申請を行うことが出来る方は、患者本人又は配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・孫)もしくは成年後見人等に限りします。
- ※2 受領を委任できる病院とできない病院がありますので、不明な場合は病院にご確認ください。

支給を開始する時期は、申請書を提出した月 または その翌月 からとなりますので、
入院後すぐに申請してください。

申請が遅れると、その分 支給金額が減る可能性 があります。

記入例



入院後すぐに申請してください
申請が遅れるとその分支給金額が減る可能性があります



申請書裏面に記載の添付書類を必ず提出してください
提出がない場合は再度手続きが必要になります



市町村で障害者医療費助成制度(通称マル障)等を利用し、
自己負担がない方は対象外です。

(第1号様式)

審査欄(記入不要)

所得税額	
審査結果	
認定番号	

精神障害者入院医療援護金交付申請書

令和7年 4月10日

神奈川県知事 殿

郵便番号 -
申請者住所 神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3
氏 名 神奈川 花子
患者との続柄 (妻) ※1
電話番号 090-xxxx-xxxx

記入した日

【患者本人の代筆をする場合】
枠外に連絡のつく方の
名前・住所・電話番号・続柄
を記載してください

患者本人の情報を記載してくだ
さい

次の者の上記援護金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
また、この申請にあたり審査に必要な個人情報について、県が調査するこ
とに同意します。

(ふりがな)	かながわ たろう	明・大(昭)・平・令 48年 9月 3日生
患者氏名	神奈川 太郎	
患者住所	神奈川県〇〇市〇〇1丁目2-3	
入院先の病院名 ※県外の場合は、病院 所在地も記入すること	〇〇病院	
入院年月日	令和7年 4月 5日	
申請者署名 ※援護金の受領を病院に 委任するための署名欄	入院医療援護金の受領を病院に委任します。※2 (病院の代理署名の場合は病院所属・担当職員名を併記すること) 申請者署名 神奈川 花子	

世帯全員の住民票 と 世帯全員(15歳以上)の所得税証明書類
を申請書と一緒に提出ください。

※1 申請を行うことができる方は、患者本人又は配偶者、扶養親族(親・子・兄弟姉妹・祖父母・
孫)もしくは成年後見人等に限ります。

※2 受領を委任できる病院とできない病院がありますので、不明な場合は病院にご確認ください。

支給を開始する時期は、申請書を提出した月 または その翌月 からとなりますので、
入院後すぐに申請してください。

申請が遅れると、その分 支給金額が減る可能性 があります。

【支給始期の例】

※支給条件については申請書裏面[3]を
ご参照ください。

➤ 入院日:4月1日
申請書提出日:4月30日※消印有効
支給始期は4月から

➤ 入院日:4月1日
申請書提出日:5月1日
支給始期は5月から

➤ 入院日:4月2日
申請書提出日:4月25日
月の初日から入院していないため、
支給始期は5月から